UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 78

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE

L'EPIDIDYMITE BLENNORRAGIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 Juillet 1912

PAR

Louis CHOSSUT-PERRET

Né à Moirans (Isère), le 31 décembre 1889

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, Professeur, *Président.*
GILIS, Professeur
RICHE, Agrégé
MASSABUAU, Agrégé

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1912

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE

L'ÉPIDIDYMITE BLENNORRAGIQUE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 78

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE

L'EPIDIDYMITE BLENNORRAGIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 Juillet 1912

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Louis CHOSSUT-PERRET

Né à Moirans (Isère), le 31 décembre 1889

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, Professeur, *Président.*
GILIS, Professeur
RICHE, Agrégé
MASSABUAU, Agrégé

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (O ✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol et thérap.génér
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H).
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, HAMELIN (✲),

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG, chargé des fonct.

Examinateurs de la thèse ;

MM. FORGUE, professeur, *président.*	MM. RICHE, *agrégé.*
GILIS, *professeur.*	MASSABUAU, *prof. adj.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible expression de ma vive reconnaissance et de ma profonde affection.

A MON FRÈRE LE DOCTEUR GASTON PERRET

A MA SŒUR

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A MES PARENTS

A MES AMIS

CHOSSUT-PERRET

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GILIS

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

RICHE ET MASSABUAU

Avant d'accomplir le dernier acte de notre scolarité médicale, nous tenons à remercier les maîtres qui ont été nos guides dans la carrière médicale et qui nous ont fait profiter de leur longue expérience, surtout ceux qui nous ont témoigné de la sympathie ou de l'intérêt.

Nous sommes heureux de l'occasion qui s'offre à nous de remercier M, le professeur agrégé Leenhardt de son inépuisable bienveillance à notre égard et de l'intérêt qu'il ne cessa de nous témoigner ; qu'il soit assuré de notre dévouement et qu'il reçoive l'expression de notre profonde gratitude.

Nous avons le très agréable devoir de remercier M. le professeur agrégé Massabuau, qui a toujours eu pour nous la plus grande complaisance, qui nous a procuré les éléments de ce travail, et dont nous n'oublierons pas l'enseignement clinique aussi complet que précis, aussi lumineux que pratique.

Nous sommes heureux aussi de rendre hommage à l'enseignement magistral et au grand sens clinique de M. le professeur Rauzier.

Nous remercions profondément M. le professeur Mouret de toutes ses bontés à notre égard.

Nous exprimons également notre reconnaissance à MM. les professeurs Gilis, Estor, Carrieu, Granel et Riche.

M. le professeur Forgue nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; qu'il veuille bien recevoir ici nos sincères remerciements.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE

L'ÉPIDIDYMITE BLENNORRAGIQUE

INTRODUCTION

Avant d'entrer plus avant dans notre sujet, nous nous permettrons de faire remarquer que nous n'avons pas la prétention de faire quelque chose de très original ; nous n'en avons d'ailleurs pas le temps et nous ne pouvons avoir sur une question purement chirurgicale une expérience qui ne s'acquiert que par la pratique ; nous ne faisons que remplir un devoir, continuer une tradition, plus antique que solennelle, sur un sujet qui est d'ailleurs intéressant à de nombreux points de vue.

Il n'y a pas encore très longtemps, nos connaissances sur la question de ce qu'on appelait autrefois l'orchite blennorragique, de ce qu'on nomme plutôt aujourd'hui l'épididymite blennorragique, étaient, comme d'ailleurs encore dans pas

mal de livres classiques, assez différentes de la notion vraie, surtout en ce qui concerne le traitement qui était purement médical; un fait nous avait pourtant toujours frappé : c'était une conséquence très grave et très fréquente de l'épididymite blennorragique traitée médicalement, à savoir la persistance d'un nodule fibreux à la queue de l'épididyme, entraînant, dans le cas de lésion double, l'azoospermie, la stérilité; nous pensions, en effet, que le fait d'être mis, à la suite d'une simple gonococcie, dans l'impossibilité de procréer, a une importance de premier ordre, surtout au moment où on cherche de tous côtés la cure de la dépopulation en France.

Or, ici, comme ailleurs, le traitement est d'autant plus efficace et plus simple qu'il est plus précoce ; alors que le traitement chirurgical de ce nodule fibreux, reliquat de la lésion épididymaire et cause d'azoospermie, est des plus malaisés et n'a donné que des résultats discutés et discutables, l'intervention précoce à la période aiguë ou subaiguë a donné des résultats très satisfaisants et peut rentrer dans la pratique courante.

Nous aurons surtout en vue, dans ce travail, d'étudier :

I. La fréquence et l'importance des abcès dans l'épididymite blennorragique.

II. La situation de ces abcès; les causes de leur localisation et leur pathogénie.

III. L'évolution habituelle, les complications immédiates et les conséquences tardives de la lésion.

IV. Le traitement chirurgical de l'épididymite blennorragique.

I

La notion capitale qui domine toute la question de l'épididymite blennorragique et qui a inspiré l'idée du traitemen chirurgical, c'est la fréquence des abcès dans cette maladie. On avait longtemps cru à la simple congestion inflammatoire diffuse de l'organe touché, sans localisation purulente nette ; on aurait dû cependant penser à la fréquence des localisations purulentes causées par le gonocoque : chez la femme, dans les salpingites, métrites, abcès périutérins, bartholinites ; chez l'homme, dans les abcès prostastiques et surtout les nombreux petits abcès échelonnés sur tout le trajet de l'urètre qui rendent souvent si long et si compliqué le traitement des urétrites chroniques ; on a même vu des abcès musculaires et des adénites inguinales, où on a trouvé le gonocoque de Neisser. Mais cette notion était difficile à prouver autrefois pour l'excellente raison que, le traitement étant purement médical, et la maladie n'étant qu'exceptionnellement mortelle, il fallait, pour le voir, des autopsies pratiquées sur des sujets atteints d'épididymites et morts d'affections intercurrentes.

On a une très vieille observation de Marcé datant de 1834 ; c'est un jeune homme mort du choléra et atteint d'épididymite blennorragique au vingt-sixième jour de son évolution ; à l'autopsie, on trouva une poche purulente occupant la cavité et la paroi du canal épididymaire.

En 1871, on a deux observations de Schepelen ; dans un cas, c'est un malade atteint d'épididymite gauche au huitième jour

mort d'appendicite suppurée ; à l'autopsie on trouva un abcès siégeant à la partie antérieure de la queue de l'épididyme et aussi un léger catarrhe du canal déférent ; l'autre observation, concernant un malade mort d'une infection purulente (?) mentionne également un abcès de la queue de l'épididyme.

En 1855, Gosselin relate un cas d'épididymite avec foyer purulent.

En 1878, Rougon rapporte l'observation d'un homme de 35 ans, mort de péritonite, qui présentait également une épididymite avec hydrocèle; à l'autopsie on trouva du pus dans l'épididyme.

On voit par là que les abcès furent signalés depuis fort longtemps, mais ils étaient regardés comme une lésion accessoire, peu fréquente, secondaire. La fréquence considérable des abcès dans l'épididymite aiguë grave a été surtout mise en lumière par Escat, de Marseille, en 1903, dans une communication au Congrès d'Urologie. Ce dernier a, en effet, démontré d'une façon très nette dans ses observations que, dans presque tous les cas, on trouvait du pus. C'est ce qui ressort d'ailleurs de la plupart des observations de cas traités chirurgicalement dans la suite. Il en est ainsi dans les cas publiés dans la thèse de Jouve.

Baermann, dans 28 cas, a eu les mêmes résultats ; Hagner, sur 19 malades, a trouvé 16 fois du pus dans l'épididyme.

Laurent, sur 9 cas traités, a vu 7 fois du pus décelable par la seule ponction.

Frühwald, sur 23 malades, a toujours retiré du liquide séreux, séro-sanguinolent ou purulent.

Bazet ne trouve, lui, que 22 fois du pus sur 65 épididymes qu'il a ponctionnés.

Ratel relate des résultats identiques dans des observations personnelles et dans des observations de Routier, Witte, Pizzini.

De plus, dans un certain nombre de cas, le résultat négatif ne prouve rien ; il y a, en effet, de nombreuses observations où on a pratiqué la ponction sans trouver du pus à cause de la difficulté de réitérer l'opération un trop grand nombre de fois ; c'est ainsi que, dans une observation de Hagner, on pratiqua plus de 20 ponctions sous chloroforme avant de rencontrer du pus. C'est que, généralement, on n'a pas un seul abcès nettement localisé à la queue de l'épididyme, mais toute une série de petits abcès miliaires disséminés et séparés les uns des autres par des travées plus ou moins épaisses.

II

Nous allons étudier maintenant le lieu de développement de ces abcès ; il est établi actuellement que, d'une manière générale, l'abcès se développe à l'intérieur des tubes épididymaires, l'élément capital, primordial, c'est la participation de la paroi des tubes au processus inflammatoire ; les lésions du tissu conjonctif sont secondaires et sont dues à la propagation de l'infection au-delà d'un épithélium toujours altéré. Andry et Dalous ont surtout bien étudié les lésions microcospiques qu'on trouve ici. Le revêtement épithélial est tantôt conservé, tantôt détruit, suivant la gravité des cas ; généralement, il est épaissi, il a perdu ses cils et son plateau de bordure a disparu ; souvent il est troué et présente des cavités intercellulaires bourrées de polynucléaires ; dans d'autres endroits, on a des petits amas de globules blancs, constituant de « véritables abcès microscopiques » qui communiquent ou ne communiquent pas avec la lumière centrale. Dans le tissu conjonctif, on a généralement une infiltration leucocytaire assez marquée ; dans la couche superficielle, ce sont surtout des polynucléaires ; dans la couche profonde, surtout des mononucléaires. Généralement, les vaisseaux lymphatiques sont bourrés de leucocytes mono et polynucléaires et l'infiltration leucocytaire peut s'étendre autour des veines et des artères du voisinage ; dans certains cas, on peut constater la disparition des tubes de l'épididyme sous une infiltration formidable ; ces tubes ne peuvent plus ensuite se reformer, et c'est pourquoi, dans les cas anciens

l'incision montre du tissu fibreux cicatriciel. Les tubes épididymaires sont toujours dilatés sur une partie de leur étendue ; généralement au niveau de la tête, on n'a pas ou peu de lésions inflammatoires, seulement une augmentation de calibre du conduit avec aplatissement de cellules épithéliales, phénomène d'ailleurs purement mécanique et résultant de l'accumulation du liquide testiculaire en arrière du canal ; ces amas de spermatozoïdes ne se présentent pas au niveau du corps, parce qu'on y a généralement inflammation de l'épithélium, dont les cils sont probablement nécessaires au déplacement des spermatozoïdes.

Le canal déférent est aussi presque toujours touché ; il présente de l'épaississement de sa paroi par infiltration leucocytaire. Le fait important, c'est la localisation du maximum des lésions à la queue de l'épididyme ; au début, on a seulement du catarrhe de la muqueuse avec un épithélium déformé, sans cils, et infiltration leucocytaire des tissus sous-muqueux ; puis, cette sécrétion muco-purulente distend les parois des canaux et amène la formation d'abcès par rétention.

Il est également important de savoir comment se fait la propagation de l'infection dans l'épididymite blennorragique. Le point de départ est, en effet, une urétrite franche, un écoulement présentant toujours du gonocoque à l'examen microscopique. L'épididymite survient parfois insidieusement chez des individus au repos depuis longtemps ; généralement, elle apparaît à la suite d'un effort, d'une fatigue, d'une irritation locale par le coït, d'un cathétérisme au cours d'une blennorragie ou d'une injection trop forte refoulant le pus dans l'urètre postérieur. En tout cas, il est démontré actuellement que l'épididymite est causée par la pénétration du gonocoque dans les voies génitales. Hugounenq et Eraud ont même prétendu avoir découvert un microbe spécial, l'orchiocoque, ressemblant beaucoup au gonocoque, s'en distinguant par la

sécrétion d'une albumine phlogogène que le gonocoque ne sécrète pas ; ils ont trouvé ce microbe dans l'urètre de l'homme et du chien où il vit en saprophyte, mais surtout et en grande abondance dans le pus blennorragique ; en l'injectant dans le testicule du chien, ils ont provoqué une orchite avec réaction considérable ; ils pensaient donc que les complications orchi-épididymaires de la blennorragie étaient déterminées par l'orchiocoque. Ces recherches ont été confirmées par Carpentier et Rollet, mais contestées par d'autres qui ont repris les mêmes travaux.

Comment se fait donc la propagation de l'infection de l'urètre à l'épididyme ?

La théorie qui vient la première à l'esprit, qui repose sur le plus grand nombre de faits et qui semble la plus vraie, est la propagation de proche en proche par voie muqueuse. Elle fut énoncée pour la première fois par Curling, en 1855 : après infection de l'urètre postérieur, on aurait propagation aux canaux éjaculateurs, à la vesicule séminale, au canal déférent et enfin à l'épididyme. D'abord, il y a continuité de la muqueuse depuis l'orifice des canaux éjaculateurs jusqu'au testicule, et de même que l'infection se propage de l'urètre à la vessie, à l'uretère et au bassinet, de même, semble-t-il, l'infection peut s'étendre de l'urètre à l'épididyme. C'est ainsi qu'on voit chez la femme de l'urétro-vaginite, de la métrite du col, puis du corps de l'utérus, et enfin de la salpingite et de la salpingo-ovarite. Cela s'explique d'autant mieux que les épithéliums offrent une barrière assez résistante à l'infection, qui, au lieu de gagner en profondeur, s'étend de proche en proche.

En faveur de la même théorie, il y a aussi ce fait que le canal déférent est presque toujonrs plus ou moins touché dans l'épididymite ; il est généralement douloureux spontané-

ment et surtout à la pression, comme l'a constaté Baermann sur tous ses malades.

Il en est de même des vésicules séminales, et le toucher rectal les montre très fréquemment augmentées de volume et douloureuses.

Baermann cite des résultats d'autopsies pratiquées par Simmonds, qui sont également en faveur de la théorie de la propagation par voie muqueuse : c'est l'existence de rétrécissements canaliculaires purement muqueux et sans lésions du tissu conjonctif sous-jacent.

Enfin, l'observation clinique nous apprend que la localisation habituelle de l'épididymite blennorragique se fait à la queue de l'épididyme et que, lorsque l'épididyme est totalement atteint, c'est toujours la queue qui est le point le plus touché. Or, cette localisation ne peut bien se comprendre et s'expliquer qu'en admettant la propagation de l'infection par voie muqueuse ; on verra, en effet, plus loin que la disposition peletonnée du tube épididymaire produit à ce niveau l'arrêt de l'écoulement du pus et provoque par là en ce point le maximum des lésions.

Il y a aussi des preuves fournies par l'expérimentation et par l'étude histologique. Malassez et Terrillon sont arrivés à enflammer l'épididyme par le canal déférent.

Blandini et Paladino déposent du Bacillus prodigiosus au méat de l'urètre et le retrouvent, 18 heures après, au niveau de l'épididyme.

Les expériences de Hansen sont encore plus nettes. Il dépose des bacilles tuberculeux au niveau du rein chez des cobayes ; 2 fois sur 12, chez les mâles, on a de la tuberculose génitale ; on n'en observe pas chez les femelles. « Cela est simple à comprendre ; chez ces dernières, les voies génitales ne sont pas en rapport avec les voies urinaires : il n'y a donc pas de lésions tuberculeuses génitales secondaires. Au contraire,

chez les mâles, l'urètre postérieur est, dans sa portion prostatique, un véritable carrefour où s'ouvrent les canaux éjaculateurs. C'est là que le canal déférent est venu en quelque sorte chercher le bacille, qui, plus tard, a cheminé vers la glande génitale et l'a infectée. » (Legueu.)

Enfin, l'intervention chirurgicale a démontré qu'on trouvait généralement le pus à l'intérieur de la lumière et non autour.

Un certain nombre d'auteurs sont partisans de la théorie de la propagation par voie lymphatique ; en effet, si, d'ordinaire, le gonocoque se développe en surface et ne franchit guère les couches épithéliales, il n'en est pas moins vrai que, dans certaines salpingites, on l'a retrouvé dans la couche sous-épithéliale. Westermarck le remarqua d'abord, et Wertheim (Arch. für Gynæk, 1892) l'a trouvé dans 33 cas de salpingite suppurée sur 115 cas qu'il a examinés. Le gonocoque ayant traversé la muqueuse se trouvait dans l'épaisseur de la couche musculaire. Et Sappey pensait que le gonocoque pouvait de même pénétrer dans le tissu conjonctif para-urétral ; pour Rollet, « l'inflammation blennorragique peut s'étendre à tout ce réseau lymphatique qui commence au niveau du méat et, se prolonge jusque dans les conduits séminifères du testicule, véritable angioleucite ambulante ».

Il y a là, en somme, deux voies lymphatiques : une voie superficielle par le réseau intra-muqueux, une voie profonde par le réseau sous-muqueux ; les deux voies existent et ont été anatomiquement démontrées.

Dans le premier cas, la théorie n'est pas en opposition avec la propagation par voie muqueuse : « que l'inflammation se propage par la surface de l'épithélium ou par le réseau lymphatique contenu dans l'épaisseur de la muqueuse, le résultat est le même ; il n'y a là qu'une question de degrés ; d'ailleurs, les partisans de la propagation par continuité de la muqueuse n'ont jamais songé à contester aux lymphatiques le rôle qu'on

leur attribue ici. L'infection de la muqueuse et de ses éléments ne peut pas laisser indemne le réseau lymphatique qui y est pour ainsi dire plongé » (Jouve).

Quant à la théorie de la propagation par les troncs lymphatiques sous-muqueux, elle est bien plus discutable. Il est certain qu'on voit, dans certains cas, une blennorragie se compliquer d'adénite inguinale avec des lésions de lymphangite de la verge ; et ces lésions s'expliquent facilement par l'anatomie de la région ; mais en est-il de même ici ? Non, car on pourrait bien avoir propagation de l'infection de l'urètre postérieur aux vaisseaux lymphatiques de la prostate, mais pour qu'elle se propage de la prostate à l'épididyme, il faudrait que l'infection chemine en sens inverse du courant lymphatique. Peut-on en conclure à l'impossibilité de la propagation par cette voie ? Non, car on a vu des cas très nets de lymphangite rétrograde ; mais ils sont rares et ne peuvent pas expliquer la généralité des cas. Il est infiniment plus probable que la participation du réseau lymphatique est secondaire à l'infection épithéliale et non primitive.

Nous ne ferons que mentionner la théorie de la propagation par voie sanguine, qui est possible, mais exceptionnelle et accessoire ; en effet, le gonocoque produit généralement des infections locales et ne passe que rarement dans le sang ; c'est même une des raisons pour lesquelles l'épididyme est le premier et le plus touché, tandis que, dans les infections sanguines à localisations génitales, par exemple dans l'infection ourlienne, c'est de préférence le testicule lui-même qui est atteint.

Il nous reste maintenant à expliquer la localisation habituelle des lésions principales et de l'abcès au globus minor. La progression de l'infection dans le canal déférent se fait très facilement sous la simple influence de la pesanteur ; le canal est, en effet, assez large et rectiligne, et le pus s'écoule vers

l'épididyme. Au niveau du globus minor, on a une anse, un siphon à concavité supérieure, formé par la première partie du cordon et par les circonvolutions ultimes de l'épididyme ; le pus a de la tendance à rester là et ne s'étend que rarement du côté de la tête de l'organe, où la localisation n'est généralement que passagère, et où la formation du module fibreux est rare.

Il est également à considérer que l'infection, en pénétrant profondément dans l'épididyme, rencontre un canal qui va en se rétrécissant de plus en plus en infundibulum.

Un dernier facteur important est l'enroulement du canal sur lui-même. « La partie basse ou la queue de l'épididyme, dit Belfield, présente la principale tuméfaction, puisque, dans cette queue on trouve réunie la plus grande partie du tube épididymaire. »

Toutes ces conditions anatomiques ont clairement pour résultat d'entraver la marche du pus et déterminent la formation d'une collection et la rétention purulente dans l'épididyme. On pourrait jusqu'à un certain point comparer cette rétention à celle qui se produit dans le pyosalpinx chez la femme, où on a une oblitération des deux orifices de la trompe avec dilatation souvent énorme de cette dernière, et aussi à celle qui se produit fréquemment dans l'abcès appendiculaire.

Les expériences d'Escat, faites à Montpellier en 1894 et exposées en 1903, ont énormément contribué à éclairer ce point de pathogénie.

En injectant une solution colorée au bleu de méthylène dans le sens opposé au cours du sperme, il obtint deux résultats :

1° Si l'injection est poussée lentement, le liquide coloré remplit rapidement le canal épididymaire ;

2° La pression vient-elle, à un moment donné, à être brusquement élevée, le cours du liquide s'arrête aussitôt par le

mécanisme qui fait que, si on insuffle brusquement une anse intestinale, celle-ci, se détendant immédiatement sur toute sa longueur et étant pelotonnée sur ses voisines, forme un coude qui empêche l'air de passer dans les suivantes.

De même dans le canal de l'épididyme, pelotonné sur lui-même, aussitôt qu'une anse se distend, elle bride et comprime les anses voisines, et on a suspension du cours du liquide ; le pus gonococcique devenu virulent irrite l'épithélium, détermine une réaction considérable, et on a un afflux de leucocytes qui constitueront l'élément principal de la collection purulente.

Mais ce canal épididymaire ne présente environ que 150 μ de diamètre, et il est déjà rempli par la sécrétion spermatique qui n'est pas tarie ; aussi n'est-il pas étonnant que, sous l'influence d'une inflammation un peu forte, il présente une dilatation souvent très rapide et très considérable.

Mais il y plus : cette rétention septique, agissant sur des tissus enflammés, altérés plus ou moins profondément, peut très bien, comme l'indique Laurent, provoquer d'abord la formation d'abcès, microscopiques le plus souvent, parfois plus gros, puis produire une destruction du tissu conjonctif péri et intercanaliculaire et amener la communication de plusieurs anses épididymaires entre elles, si bien qu'au lieu d'avoir des abcès microscopiques et séparés les uns des autres, on a, suivant les cas, des abcès de la grosseur d'un gros pois, d'une noisette ou même, comme dans une observation d'Escat, une destruction de toute la queue de l'épididyme.

Et toute l'évolution dépendra de la virulence des microbes enfermés dans cette cavité close.

III

Si la virulence microbienne est atténuée ou enrayée par une leucocytose active et rapide, on aura une évolution bénigne avec seulement de la douleur, du gonflement des bourses et l'induration caractéristique au niveau de la queue de l'épididyme, qui durera plus ou moins longtemps. Dans certains cas, rares il est vrai, on a pu voir le pus s'évacuer au dehors par les canaux spermatiques ; tel un cas de Laurent : « Un malade entre à l'hôpital pour une épididymite de peu de gravité ; nous l'examinons le 3e jour après le début de la maladie. Il n'avait pas eu de fièvre et présentait, avec de la rougeur du scrotum, un assez gros noyau induré et douloureux à la queue de l'épididyme gauche. A cette époque, l'écoulement urétral n'existait plus. Nous revenons, vingt-quatre heures après, pour ponctionner notre malade. A notre grand étonnement, l'induration avait diminué de plus de la moitié, et l'écoulement, jusque-là tari, était devenu plus abondant que jamais, tandis que la douleur avait presque complètement disparu. La ponction que nous avons pratiquée a été sans résultat. »

Habituellement, on a le tableau ordinaire de l'épididymite aiguë : douleur vive, épanchement dans la vaginale, rougeur des bourses et œdème du scrotum, empâtement douloureux de la queue de l'épididyme. Il est un fait important à connaître, c'est que les signes physiques nets d'un abcès localisé sont très rares ; la fluctuation est exceptionnelle.

On a ensuite une diminution progressive de tous ces symptômes et refroidissement progressif de l'abcès, qui peut cependant persister longtemps. Baermann, dans un cas, a décelé du pus six mois après le début de la maladie.

Dans certains cas, d'ailleurs exceptionnels, où la virulence est très exaltée, on peut avoir un abcès qui augmente considérablement de volume, qui s'ouvre au dehors et se fistulise, qui peut entraîner du sphacèle de l'épididyme et même du testicule.

L'évolution ordinaire de l'épididymite blennorragique est donc le plus souvent apparemment bénigne, et c'est même la principale raison pour laquelle la plupart des malades refusent de se laisser traiter chirurgicalement. Mais ce qui est fréquent aussi, ce sont les complications plus ou moins immédiates, les conséquences plus ou moins tardives de cette lésion.

Une forme que l'on voit d'abord assez souvent, c'est l'épididymite à répétition ; après une évolution ordinaire, le malade se croit guéri, se lève, veut reprendre son travail ; mais bientôt l'inflammation réapparaît soit de suite, soit après un effort, une irritation plus ou moins forte ; c'est que l'infection existe toujours : il y a un foyer microbien latent dans la queue, qui n'a guère de tendance à disparaître spontanément et qui a assez d'analogie avec les foyers infectieux qui déterminent les appendicites à répétition.

Une autre complication fréquente, la névralgie du testicule ou épididymite à forme névralgique, relève de la même étiologie, c'est-à-dire est provoquée par la persistance d'un noyau infectieux plus ou moins virulent, qui entretient d'une façon indéfinie une lésion inflammatoire que, seul, le traitement chirurgical pourrait atteindre.

Nous ne nous arrêterons pas sur des éventualités exceptionnelles comme la suppuration du testicule et de la vaginale.

Mais il est une complication autrement importante : c'est

l'influence de l'infection gonococcique sur la perméabilité du canal épididymaire.

Gosselin l'a signalée le premier en 1847, et il prouvait en même temps que l'oblitération des voies spermatiques ne s'accompagnait pas d'atrophie testiculaire, ce qui est capital au point de vue du traitement. Dans un premier cas il n'avait pas pu pousser par le canal déférent une injection de térébenthine colorée, et il concluait que l'épididyme était oblitéré dans tous les cas d'épididymite. Plus tard, il constate que la sécrétion spermatique existe encore au bout de 14 mois chez des chiens dont on a lié le canal déférent. Après l'étude de 15 cas, il conclut qu'à la suite des épididymites bilatérales, le liquide éjaculé peut cesser, pendant quelques mois, de contenir des spermatozoïdes. Il dit aussi qu'à la suite d'une épididymite bilatérale, « les malades peuvent, à la rigueur, retrouver avec toutes leurs qualités viriles, les caractères qui assurent la fécondité du sperme, mais que cette affection peut aussi être suivie de la disparition prolongée, probablement définitive, des spermatozoïdes, et, par conséquent, de l'infécondité ».

Godard, en 1857, constate l'absence de spermatozoïdes sur 35 sujets atteints d'épididymite blennorragique double, et il ajoute même, ce qui est plutôt sujet à caution : « Par un traitement suivi avec soin (iodure de potassium intus et extra), nous avons fait disparaître complètement des noyaux épidymaires doubles, datant de plus de dix mois. » A l'examen à l'amphithéâtre, des vésicules seminales de sujets atteints auparavant d'orchite simple, ou double, il constate que la vésicule du côté où siège la lésion épididymaire est légèrement atrophiée et ne renferme pas de spermatozoïdes.

Liégeois, dans 83 cas d'orchite double, n'a constaté que 8 fois le retour des spermatozoïdes. Rollet, Jullien et White ont la même opinion. White, sur 117 examens pratiqués, ne re-

trouve les spermatozoïdes que 13 fois, et il signale que, dans les cas d'épididymite unilatérale on a généralement diminution du nombre des spermatozoïdes.

En Allemagne, Lier et Scher, en 1890, ont observés 80 azoospermiques, dont 75 avaient eu la blennorragie et une double épididymite.

En 1892, Fürbringer, après observation de nombreux cas d'azoospermie, déclare que « l'épididymite double a de grandes chances, neuf fois sur dix, de rendre le malade stérile ».

Par contre, Curling ne croit pas à la fréquence de ces oblitérations ; il dit avoir vu plusieurs cas d'épididymite double sans perte consécutive du pouvoir fécondant.

Cullerier, dans son *Précis des maladies vénérieunes*, a la même opinion, ainsi que Fournier qui croit au retour habituel de la perméabilité de l'épididyme.

Hardy est trop optimiste : « Ordinairement, dit-il, le rétrécissement des deux canaux n'est que temporaire, et après une durée variable de deux mois à deux ans, le malade redevient capable de procréer. La stérilité est une conséquence excessivement rare de l'inflammation épididymaire. »

Campana écrivait que l'aspermie cesse au bout de six mois dans un tiers des cas, au bout de plusieurs années dans un autre tiers, et qu'elle est définitive dans le dernier tiers.

Balzer et Souplet ont examiné, quelques jours après le début de l'affection, 34 malades atteints d'orchite double ; chez trois seulement, ils trouvèrent des spermatozoïdes dans le sperme éjaculé, et encore, dans deux de ces cas, il y a des réserves à faire, car l'épididyme était trop peu touché ; au contraire, dans six cas d'épididymite ancienne, l'examen du sperme fut cinq fois positif.

Ratel pense aussi que souvent l'induration et l'oblitération finissent par disparaître, mais dans un temps variable, suivant la gravité de l'affection, tandis que la zoospermie serait la

règle pendant la période aiguë ou subaiguë de l'épididymite.

Généralement, la disparition du noyau épididymaire indique le retour des spermatozoïdes dans le sperme éjaculé ; mais, dans certains cas, on a encore de l'induration et pourtant des spermatozoïdes; dans d'autres, on a suppression du noyau caudal sans retour des spermatozoïdes.

Jusqu'à ces derniers temps, on croyait qu'il fallait une épididymite double pour provoquer la stérilité, mais de Sinety a montré que ce n'était pas nécessaire; il a observé des sujets ayant eu des épididymites unilatérales sept à dix ans plus tôt et il vit que leur sperme contenait beaucoup de spermatozoïdes, mais qu'au bout de très peu d'heures leurs mouvements s'arrêtaient et qu'ils présentaient une vitalité bien moindre qu'à l'état normal. « Il semble donc que la suppression fonctionnelle d'un testicule agit à la longue sur l'état physiologique de son congénère et a comme conséquence la production d'un liquide séminal à spermatozoïdes moins abondants et moins actifs. » Et de Sinety conclut que beaucoup de cas d'infécondité qu'on ne sait à quoi rapporter, viennent de là.

En fait, il y a un certain nombre de cas, la minorité d'ailleurs, où la perméabilité de l'épididyme a pu se rétablir ; mais combien sont plus nombreux les cas où cette perméabilité a disparu. La statistique de Delbet qui admet que, dans plus de la moitié des cas, les malades restent azoospermiques, et beaucoup d'autres le prouvent.

Et même dans le cas de sperme fécond, il y a diminution de vitalité et de nombre des éléments reproducteurs.

Cette oblitération des voies spermatiques est due à la présence, au niveau de la queue de l'épididyme, d'un noyau fibreux plus ou moins dur, reliquat du processus inflammatoire antérieur. A l'intérieur du canal, on a un accolement des parois, un rétrécissement purement épithélial ; mais les lésions importantes sont les lésions péricanaliculaires : on a là un pro-

cessus de sclérose, de production de tissu cicatriciel fibreux, analogue au processus qui se produit dans les rétrécissements de l'urètre d'origine inflammatoires.

De plus, la continuité des canaux de l'épididyme a souvent été détruite au moment de la phase aiguë de l'abcès épididymaire. Enfin, le fait capital et dont nous avons déjà parlé plus haut, c'est l'intégrité de la glande séminale du testicule, qui peut se maintenir très longtemps, et qui est du plus haut intérêt au point de vue du traitement chirurgical.

IV

Il est très curieux, ainsi que Laurent le fait bien remarquer, comme, maintenant encore, on a de la tendance à négliger les malades atteints d'orchite blennorragique. On n'emploie guère encore que le traitement médical, consistant généralement dans le repos, le port d'un suspensoir et des calmants locaux ou généraux, et après la période aiguë, c'est-à-dire après vingt à vingt-cinq jours, le malade est considéré comme guéri, sans qu'on se soucie du nodule fibreux qu'il conserve à la queue de son épididyme. D'ailleurs, tous les moyens médicaux n'ont jamais eu d'action nette sur le nodule, que ce soit le salicylate de méthyle, les cataplasmes chauds, l'ichtyol, l'iodure de potassium, le gaïacol, les sangsues, l'électricité, de même que les rétrécissements de l'urètre n'ont jamais été guéris par la fibrolysine ou par des produits similaires.

Et seuls, les traitements chirurgicaux peuvent arriver à un résultat, étant donné qu'il s'agit d'une inflammation le plus souvent localisée, avec des abcès plus ou moins importants.

A la période aiguë ou subaiguë de l'épididymite, on a deux procédés en présence : la ponction et l'incision ; les deux ont d'ailleurs été pratiqués à la suite des travaux d'Escat.

I. La ponction. — Il ne s'agit pas ici de la simple ponction de la vaginale, opération très bénigne, mais qui ne donne que de faibles résultats thérapeuthiques, ne pouvant agir que sur

la douleur occasionnée par la tension du liquide dans la séreuse.

La vraie ponction de l'épididyme a été d'abord pratiquée dans le but de rechercher les abcès dans les épididymites, et on en obtint, au point de vue de la thérapeutique, d'assez bons résultats. Voici le procédé qu'emploie Laurent. Après asepsie rigoureuse de la région, il saisit le testicule malade de la main gauche, en tendant fortement la peau au niveau des points douloureux ; ceux-ci étant soigneusement repérés, il enfonçait, à leur niveau, d'un coup sec et profondément, une aiguille de seringue de Pravaz. En faisant cette manœuvre, on a, paraît-il, la sensation de pénétrer dans un corps dur et résistant ; quelquefois, c'est là la seule sensation qu'on éprouve ; quelquefois, au contraire, après avoir traversé ce mur fibreux, on sent l'extrémité de l'aiguille libre dans une cavité ; on fait alors l'aspiration et on retire du liquide, pus ou sang. Dans les examens faits par Laurent, la quantité de liquide retiré varia de quelques gouttes à un centimètre cube. A la suite de cette intervention, il constata que la température baissait, chez presque tous les malades, le soir même de la ponction, et, de plus, que le noyau se résorbait en partie très rapidement ; la douleur cessait presque complètement.

Ce procédé est évidemment très simple, peu douloureux et pouvant facilement rentrer dans la pratique courante ; il serait certes le meilleur, s'il n'y avait dans l'épididymite qu'un seul abcès nettement localisé, ce qui, en fait, est le cas le plus rare, car on a plutôt de nombreux abcès miliaires disséminés sur les parois de l'épididyme et au sein du tissu conjonctif, et la ponction avec une simple aiguille a trop de chance de ne pas les atteindre. Mais d'un autre côté, il a l'avantage considérable d'être facilement accepté par les malades, tandis que l'incision est une intervention chirurgicale à laquelle peu de malades veulent se soumettre.

En Allemagne, la ponction a été employée avec d'excellents résultats par Schendler, Merxheimer, Nobl, Heinze, Ernst.

II. *L'incision.* — Ce procédé, plus complet, moins aveuglé, répond le mieux aux données anatomo-pathologiques. La technique en varie suivant les auteurs.

Bazet pratiquait son incision au niveau du ligament scrotal, car, à ce niveau, l'épididyme est solidement fixé au scrotum sans interposition de tissu, et aussi, disait-il, parce qu'il n'y a là pas de danger de blesser le testicule ou la vaginale. Il faisait une incision de 2 à 3 centimètres de longueur, au niveau de l'induration épididymaire ; une fois la cavité ouverte, il isolait le nodule et le ponctionnait. Puis il appliquait un pansement plat à la gaze imprégnée de glycérine ichtyolée et au-dessus un pansement humide phéniqué. Le malade se levait du 4e au 8e jour, et la plaie guérissait en huit jours.

Belfied incisait l'épididyme au niveau des noyaux indurés, mais au lieu de refermer de suite, il drainait et suturait les bords de la plaie épididymaire aux bords de la plaie cutanée.

Hagner procède de la façon suivante. « Au niveau d'un point situé à la jonction de l'épididyme et du testicule, on fait une incision de 6 à 10 centimètres de long sur la peau et la paroi sous-jacente de la tunique vaginale. Quand la séreuse est ouverte, tout le liquide est évacué, et l'épididyme augmenté de volume est examiné à travers la blessure. Le testicule avec son annexe est délivré de la tunique vaginale et enveloppé de compresses chaudes. L'épididyme est alors examiné, et on pratique des ponctions multiples à travers sa paroi fibreuse avec un ténotome, spécialement au niveau où l'épaississement de la paroi paraît plus grand. Le couteau est alors conduit à une profondeur suffisante pour pénétrer à travers la capsule fibreuse épaissie et rentrer dans le tissu conjonctif infiltré. Lorsque le couteau a traversé la coque fibreuse de l'épididyme,

on sent une diminution très notable de la résistance. Si l'on voit du pus s'échapper de l'une des ponctions, l'ouverture est agrandie, et on introduit une sonde cannelée dans la direction d'où vient le pus. Par un mouvement d'avant en arrière, l'ouverture est agrandie et permet au pus de s'échapper. Je crois que, par cette méthode, il y a moins de danger de léser les tubes épididymaires, plutôt que d'ouvrir au bistouri. Après avoir passé le stylet, le pus sera évacué par un léger massage dans la région de l'abcès, et on lavera la cavité avec du bichlorure de mercure à 1/1000, suivi d'une solution saline physiologique, à l'aide d'une seringue munie d'une fine pointe. Le testicule est alors remis dans sa position normale, et dans chaque cas, la cavité vaginale est largement lavée au bichlorure à 1/1000, suivi de la solution saline. L'incision de la tunique vaginale est ensuite suturée à l'aide de catgut ; on met un drain-cigarette dans l'incision, la peau est rapprochée et suturée au fil d'argent, le drain-cigarette sortant à l'angle inférieur de la blessure ; on termine par un pansement et un bandage en T. »

C'est une technique opératoire peu pratique parce que trop compliquée ; mais elle a donné à son auteur les meilleurs résultats, et il a constaté « la disparition de la douleur et une résolution rapide paraissant se produire aussi bien, qu'il y ait du pus ou non, et ce qui est étonnant, c'est la rapidité avec laquelle l'induration disparaît ».

Escat, de Marseille, donne les conseils suivants : dans les cas aigus où l'épididymite est peu douloureuse, le repos suffira. Dans les cas aigus graves avec douleur et fièvre, il faut pratiquer l'incision au centre du noyau à travers la coque conjonctive qui l'entoure. L'anesthésie locale à la cocaïne suffit ; on incise l'épididyme en plein milieu suivant une longueur de 4 à 5 centimètres, et après avoir, au bistouri, débridé de côté et d'autre pour mettre à jour les abcès, on lave la plaie et on

draine. On a d'excellents résultats au point de vue de la suppression de la douleur et de la rétrocession du processus inflammatoire en quelques jours.

Voici, enfin, la technique de Pousson, décrite par Ratel : « Après asepsie du scrotum, on saisit de la main gauche le testicule malade et on le relève afin de voir la face postérieure du scrotum, région où l'épididyme est le plus facilement accessible. Au niveau de cet organe, on fait sous la peau une injection de 1 centigramme de cocaïne ; puis on fait au bistouri une incision de 4 à 5 centimètres le long de l'épididyme et sur toute l'étendue de l'induration perceptible. Le scrotum ainsi ouvert, on pénètre dans la vaginale dont le liquide s'échappe sans difficulté, vu la longueur de la plaie. Puis sur le dos de l'épididyme mis à nu et que l'on voit très bien en saillie et de couleur rouge foncé, on fait une incision peu profonde en plein tissu induré. On sent alors une très grande résistance sous le couteau, et la plaie saigne abondamment. A ce moment on lâche le bistouri pour la sonde cannelée et on la promène doucement de côté et d'autre dans la plaie. Il arrive souvent que l'on voit sourdre du pus des lèvres de la plaie. On va alors à la recherche du foyer purulent que l'on ouvre et que l'on débride. On examine ainsi à la sonde, et en pressant un peu sur l'épididyme, toute la longueur de la plaie et particulièrement au niveau de l'induration. Quand on a ainsi bien débridé, on éponge, on lave au cyanure de mercure et on place au fond de l'ouverture une petite mèche de gaze, dont on laissera dépasser une partie au dehors, et qui servira de drain. On ferme ensuite par deux ou trois points de suture au catgut, on applique par-dessus un pansement sec. Deux ou trois jours après, on enlève le pansement où l'on trouve ordinairement une quantité notable de sang. On arrache la mèche, puis, à l'aide d'une seringue, on lave l'intérieur de la plaie à l'eau oxygénée ; on replace une nouvelle mèche et on fait un second pansement ;

4 à 5 jours plus tard, on redéfait le pansement, on enlève définitivement la mèche, on coupe les points de suture et on fait un pansement plat. Huit jours après l'intervention, tout est terminé, et le malade peut sortir de l'hôpital.

Tous ces procédés, on le voit, se ressemblent beaucoup et ne diffèrent que par quelques détails ; ils ont donné de très bons résultats et ont transformé l'évolution de l'épididymite blennorragique ; en effet :

1° On a suppression très rapide de la douleur, généralement dans les 24 heures qui suivent l'intervention.

2° La fièvre tombe très rapidement comme l'a montré Hagner chez tous ses malades présentant de la température.

3° La durée de la phase aiguë de la maladie est très diminuée.

4° La guérison est généralement complète et radicale et ne laisse pas de nodule.

Le traitement du nodule fibreux, reliquat de l'épididymite blennorragique est beaucoup plus complexe.

Etant données, d'une part, l'intégrité de la glande séminale et, d'autre part, l'existence d'un obstacle à ce niveau de la queue de l'épididyme, il était naturel d'essayer d'y remédier en établissant des anastomoses entre le canal déférent et le testicule ou l'épididyme.

Les premières tentatives furent faites, en 1886, par Bardenheuer sur des chiens ; mais c'est Scaduto qui fit les premières anastomoses ; il réséquait l'épididyme, sectionnait le canal déférent au niveau du tiers supérieur du testicule, et implantait ce canal dans le corps d'Highmore ; sur 14 chiens opérés, 10 eurent de la suppuration du foyer opératoire ; sur les 4 qui restaient, une seule fois, Scaduto put faire passer une injection du corps d'Highmore dans le canal déférent, et prouver par là sa perméabilité.

Bogoljuboff, de Kassan, démontre, en 1903, dans un impor-

tant mémoire, la possibilité des anastomoses. Il pratiqua sur des animaux des anastomoses déférento-testiculaires et épididymo-déférentielles. Pour lui, ce dernier procédé est le meilleur.

Mais c'est Humbert qui fit, en 1891, la première anastomose chez un homme atteint d'azoospermie depuis vingt ans, à la suite d'une épididymite double ; le résultat fut négatif.

Martin, en 1901, fit un essai sur un malade azoospermique depuis trois ans. « Avec de fins ciseaux d'ophtalmologiste, l'opérateur pratiqua une ouverture longitudinale du canal déférent. Puis il incisa la tête de l'épididyme, constata que par l'incision s'écoulait un liquide blanchâtre, contenant des spermatozoïdes mobiles, et anastomosa la fente déférentielle avec l'ouverture épididymaire au moyen de quatre points. Or, une semaine après, on constatait la présence de spermatozoïdes dans le sperme, et, dans la même année, la femme de l'opéré accouchait d'un enfant qui ressemblait beaucoup à son père. »

Plus récemment, Posner et Cohn ont pratiqué cette opération 6 fois sans succès ; en 1908, Delbet et Chevassu en ont rapporté 7 observations, mais les auteurs n'ont pas pratiqué d'examen de sperme après l'intervention, si bien qu'il est impossible d'en rien conclure.

D'ailleurs, ce sont des opérations qui ne seront jamais bien courantes, car les malades qui consentent à se laisser opérer dans ces conditions ne sont pas très fréquents.

Nous allons maintenant citer quelques observations prises dans différents auteurs et destinées à montrer les résultats du traitement opératoire des épididymites blennorragiques aiguës.

Observation Première

(Francis Hagner, de Washington, Medical Record, 1906)

W. M., âgé de 28 ans. Admis à l'hôpital de Garfield, le 29 juin 1905. Température de 38°2 et leucocytose de 14,600. Il avait, depuis 6 mois, une blennorragie chronique, et 5 jours avant son entrée à l'hôpital, l'orchite se déclara. Avant son entrée, son médecin lui avait donné de la morphine en injection hypodermique toutes les 3 ou 4 heures. La sensibilité extrême de la région et la douleur intense rendaient tout examen impossible.

Opération le lendemain. L'examen sous l'élher ne révéla aucune zone de ramollissement de l'épididyme, la peau était rouge et présentait de l'œdème, signe d'inflammation. La tunique vaginale renfermait 2 onces $^1/_2$ de liquide sanguinolent mélangé à de la sérosité.

En dessous de l'épididyme, on constate une quantité de lymphe enkystée. Toute la tunique vaginale est enflammée. Le testicule paraît normal, et la ponction de l'albuginée ne décèle rien de particulier. Quarante piqûres environ furent faites dans l'épididyme qui était enflammé sur toute son étendue. Dans la région du globus minor, on retira 7 ou 8 gouttes de pus qui renfermait du gonocoque. La peau et les tissus sous-cutanés furent alors disséqués depuis la partie la plus postérieure de l'épididyme. A cette partie, les ponctions faites évacuèrent une petite quantité de sérum, de sang et de pus. Les petites cavités purulentes furent irriguées et lavées au moyen d'une solution salée.

En 48 heures, la température redevenait normale, leucocytose

11,000. Diminution absolue et permanénte de la douleur. Le malade se rétablit en une dizaine de jours. Je n'ai pas pu examiner récemment le malade. Mais, dans une lettre, il m'écrit qu'il n'y a pas d'atrophie du testicule, et qu'il ne constate aucune augmentation de l'épididyme.

Observation II

(Hagner)

W. B., 22 ans, admis à l'Hôpital, le 15 décembre 1905. Le 30 novembre, est atteint de blennorragie. En une semaine, se développe une orchi-épididymite du côté droit dont il souffrait atrocement encore à son entrée à l'hôpital, comme le montre l'expression de son visage. Opération le 16 décembre. Température 38°3. La tunique vaginale contenait une once de liquide séro-sanguinolent. L'épididyme était très congestionné et très gros. On le ponctionna environ 25 fois. On retira du globus minor du pus qui renfermait le gonocoque. Après le réveil post-chloroformique, toute douleur avait disparu. En 36 heures, la température redevint normale.

Le 22 décembre, aucune douleur. L'induration du cordon de l'épididyme a beaucoup diminué.

Le 26 décembre, le malade quitte l'hôpital, et à cette date l'induration avait disparu, et on ne constatait aucune douleur à la palpation.

Observation III

(Witte. Arch. für Dermat. und Syphil. Band 50, 1899)

Homme, 25 ans, robuste. Rien à signaler dans ses antécédents. A la blennorragie, le 25 décembre 1898. Le 15 janvier,

cystite, puis épididymite gauche ; sécrétion urétrale abondante. En examinant avec soin le testicule gauche, on trouve ce dernier de la grosseur du poing environ.

Au pôle inférieur de l'épididyme, on constate un noyau moins dur, de la grosseur d'une noix. Le cordon est intact. Pas de température. Sous l'influenee d'un traitement approprié, la cystite guérit rapidement.

Le 6 février. La tuméfaction du pôle inférieur de l'épididyme augmente de volume et devient fluctuante. L'incision donne issue à du pus sanglant ; guérison rapide et complète. Le pus de l'abcès contenait de nombreux gonocoques.

Observation IV

(Pizzini, Giornale italiano delle malattie venere e della pelle, 1900)

Jeune homme, 27 ans, fièvre typhoïde à 20 ans. Vers les premiers jours de novembre 1897, il contracte une urétrite qui évolua d'abord sans symptômes graves et sans troubles subjectifs. Seulement, vers la fin de la deuxième semaine, le malade accusa une légère douleur, signe de la propagation du processus à l'urètre postérieur. A la fin de la troisième semaine, il commença à pratiquer des injections de permanganate de potasse (1 pour 6000), limitées à la seule partie de l'urètre antérieur. Quatre jours après, apparut une tuméfaction douloureuse à l'épididyme gauche, avec fièvre et malaise général. Le repos au lit et les cataplasmes émollients firent d'abord rétrocéder les phénomènes, mais ceux-ci ayant augmenté, le malade fut recueilli dans une maison de santé de Milan. Il présentait, à ce moment, une sécrétion urétrale peu abondante, blanc jaunâtre. Au microscope, cette sécrétion laissait voir de nombreux leucocytes polynucléaires,

quelques cellules épithéliales et de nombreux diplocoques, les uns libres, mais le plus grand nombre contenus dans les leucocytes.

La moitié gauche du scrotum était gonflée, légèrement rouge ; à la partie postérieure et inférieure, elle présentait une tuméfaction grosse comme une noisette, fluctuante, recouverte par une peau rouge, infiltrée. Le testicule était normal ; l'épididyme augmenté de volume, douloureux dans toute son étendue, spécialement à la base, où il se confondait avec la tumeur et lui était adhérent.

L'incision de l'abcès donna issue à du pus jaune verdâtre, dense, crémeux. La plaie guérit rapidement.

Le pus, aseptiquement recueilli, contenait des gonocoques.

CONCLUSIONS

De l'ensemble des données que nous avons exposées, nous pouvons dégager quelques idées prépondérantes :

I. La fréquence des abcès dans l'épididymite aiguë.

II. Le siège généralement intra-canaliculaire de l'abcès et sa localisation au globus minor.

III. Le fait que l'évolution, les complications et les conséquences tardives de la lésion découlent toutes de la présence de ces abcès et de la rétention septique.

IV. L'influence du traitement chirurgical qui, en ouvrant l'abcès, en donnant libre cours au pus, supprime l'inflammation locale et générale, et prévient les complications tardives.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Andry et Dalous. — Lésions histologiques de l'épididymite blennorragique. Annales de dermat. et syphil., 1903.

— Processus histologique des épididymites aiguës. Arch. Prov. de chir. février, 1901.

Baermann. — Deutsche med. Woch. 1903. Archiv. für Dermat. und Syphiligraphie, 1905.

Balzer et Souplet. — Annales de dermat. et syphiligr., 1892.

— Bulletin de la Société française de dermat. et syphil. Paris, 1892.

Bazet. — Mémoires de l'Association d'urologie américaine, janvier 1906.

— Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1906.

Belfied. — Journal of the american Association, 1905.

— Chicago urological Society, 1906.

Curling. — Traduction Gosselin, 1857.

Cuneo. — Travail chirurg. anat. clin. Hartmann, 1904.

Delbet. — Orchite et stérilité.

Delbet et Chevassu. — Revue de chirurgie, 1908.

De Synety. — Compte-rendu des séances de la Société de Biologie, 1881.

— Compte rendu de la Société de Biologie, 1896, n° 4.

ERAUD et HUGOUNENQ. — Pathogénie de l'orchite blennorragique. Lyon médical, 1893.

ERAUD. — Annales de dermat. et syphiligr., 1892.

ESCAT. — Compte-rendu de l'Association d'urologie de Paris, 1903 et 1906.

FURBRINGER. — Traduction Harrmann, 1892.

GOSSELIN. — Archives générales de médecine, août 1847 ; septembre 1847 ; septembre 1853.

HAGNER. — Medical Record, octobre 1906.

— Annales of Surgery, 1908.

HARDY. — Thèse de Paris, 1860-1861.

HUMBERT et BALZER. — Société de Biologie, octobre 1905.

JOUVE. — Thèse de Montpellier, 1905-1906.

JULLIEN. — Presse médicale, 1897.

— Traité pratique des maladies vénériennes.

LAURENT. — Thèse de Bordeaux, 1908-1909.

LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie.

LEGUEU. — Journal des Praticiens. Paris, 1902.

— Presse médicale, juin 1906.

LIÉGEOIS. — Archiv. de dermat. et syphil, 1869.

MACÉ. — Précis de bactériologie.

MALASSEZ et TERRILLON. — Archives de physiologie, 1880.

MARTIN. — Univ. of. Penna. med. Bulletin, 1902.

— The New-York med. Journal, octobre 1903.

PIZZINI. — Giornale italiano delle malattie venere e della pelle, 1900.

RATEL. — Thèse de Bordeaux, 1910.

ROUTIER. — Médecine Moderne, juillet 1895.

SCADUTO — Annales des maladies des organes génito-urinaires mars 1901.

Schepelen. — Nord medik. Arkiv., 1871.

Simmonds. — Deutsch. Archiv. für Klin. Méd., octobre 1898.

Terrillon. — Leçons professées à la Pitié, 1880.

— Annales de dermat., janvier 1899.

Witte. — Archiv. für Dermat. und Syphil., 1899.

Zapata. — Thèse de Paris, 1874-1875.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 11 juillet 1912.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 11 juillet 1912.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !